

Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
zum
Entwurf einer Formulierungshilfe der Bundesregierung für die
Fraktionen der SPD, von Bündnis 90/Die Grünen und der FDP
für ein Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der
stationären Versorgung durch Transparenz
(Krankenhaustransparenzgesetz)

Autoren: Tamara Marraffa, Mirjam Peters

Kontaktadresse: geschaeftsstelle@dghwi.de

Datum: 26.08.2023

Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz soll für Patienten und Patientinnen ein besserer Überblick über Angebot und Qualität von Kliniken in Deutschland geschaffen werden. Der Start ist zum 01.04.2024 geplant. Im Folgenden nimmt die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) dazu Stellung.

Die DGHWi teilt die Sichtweise auf die Problemstellung im Gesetzentwurf uneingeschränkt und begrüßt das Vorhaben mehr Transparenz für Nutzende und Angehörige über die stationäre Versorgung herzustellen außerordentlich. Transparenz über die Versorgung hat positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität^{1, 2, 3, 4} und entspricht demokratischen Werten. Mit dem geplanten Transparenzverzeichnis kann es gelingen, einen wichtigen Baustein für eine qualitativ hochwertige physiologische Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen in der stationären Versorgung zu entwickeln.

Leistungen in der Geburtshilfe werden ausschließlich durch Ärztinnen, Ärzte und Hebammen erbracht. Ärztinnen und Ärzte sind dazu verpflichtet bei einer Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen (HebG §4).

Daher ist es für Gebärende zentral, dass auch die personelle Besetzung mit Hebammen im Kreißaal transparent und laienverständlich im Verzeichnis enthalten ist. Bisher scheinen nur Angaben zum ärztlichen Dienst und Pflegepersonal vorgesehen zu sein.

Als Datengrundlage zur Darstellung der Qualitätsaspekte werden die Daten der stationären Qualitätssicherung nach § 136a genannt. Diese schließen aktuell überwiegend unerwünschte medizinische Outcomes und Interventionen ein. Dies sind wichtige Daten, die in die Darstellung einfließen sollten. Die Daten sind jedoch weniger geeignet die Qualität bei der Versorgung einer physiologischen Geburt abzubilden. Zur Stärkung der Orientierung an den Nutzenden sollte daher erwogen werden Patient-Reported Experience Measures (PREMs) und Patient-Reported Outcome Measures (PROs) als Qualitätsaspekte aufzunehmen oder die Daten der stationären Qualitätssicherung nach 136a dahingehend auszuweiten. Dies entspricht auch aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen^{5,6,7}.

Zudem sollte das IQTIG damit beauftragt werden Versorgungsangebote, wie Hebammenkreißsäle, Familienzimmer und babyfreundliche Krankenhäuser mit auszuweisen. Für die Versorgung unter der Geburt sollte der Anteil vaginaler Geburten, primärer und sekundärer Kaiserschnitte, vaginal-operativen Geburten und Episiotomie für Erst- und Mehrgebärende unterschieden aufgenommen werden. Bei der Darstellung von Kaiserschnitten kann eine laienverständlich aufgearbeitete Robsonklassifikation einen spezifischen Mehrwert für die Entscheidungsfindung der Schwangeren liefern. Für die Versorgung im stationären Wochenbett sollte der Qualitätsindikator zum erfolgreichen Stillen aufgenommen werden. Allesamt wertvolle Informationen zur Auswahl der Klinik für werdende Eltern.

1. Vorbemerkungen der DGHWI

Frauen rund um die Geburt stellen eine besondere Gruppe dar, die in Kliniken ambulante und stationäre Leistungen in Anspruch nimmt:

- Im Jahr 2022 wurden 738.819 Kinder geboren.⁸
- Im Jahr 2021 wurden 771.222 Kinder von 757.644 Müttern in einem Krankenhaus in Deutschland geboren.⁹
- Die Fallpauschale „gesundes Neugeborenes, Aufnahmegegewicht über 2499g“ ist mit 641.214 Fällen (2018) die am häufigsten abgerechnete DRG (P67E)¹⁰
- Im Jahr 2021 gab es insgesamt knapp 1 Mio. (986.571) Behandlungsfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett (ICD Hauptdiagnosen O00-O99)¹¹
- Unter den 30 häufigsten stationären Behandlungsanlässen in 2021 bei Krankenhauspatienten in Deutschland steht auf Rang 1 „Lebendgeborene nach dem Geburtsort“ mit 683 je 100.000 Einwohnende; und Rang 19 „Spontangeburt eines Einlings“ mit 175 je 100.000 Einwohnende.¹²

Diese Zahlen allein machen deutlich, dass die Geburtshilfe in Kliniken nicht nur ein maßgeblicher, sondern einen besonders bedeutsamen und komplexen Versorgungsbereich darstellt. Die Geburt ist ein Übergang im Leben der Frau und muss wie jede Transition aus der Perspektive qualitativ hochwertiger Versorgung gut begleitet werden.^{13, 14} Daher sollte die Konzeption von Transparenz und Informationen zu geburtshilflichen Leistungen eine entsprechende Aufmerksamkeit erhalten.

Gleichzeitig sind schwangere Frauen keine Patientinnen im eigentlichen Sinne, sondern gesunde Nutzerinnen, die stationäre gesundheitliche Leistungen („Geburtshilfe“) in Anspruch nehmen.¹⁵ Aus der Perspektive der DGHWI muss daher der Fokus auf Physiologie fördernde und präventive Versorgung in Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett von Müttern und ihren Kindern liegen. Es ist wichtig, dass bei der Bezeichnung der Personengruppe im Rahmen des Krankenhaustransparenzgesetzes, nicht nur von „Patientinnen und Patienten“ zu sprechen, sondern erweitert und ergänzend ebenso von schwangeren Frauen, werdenden Eltern oder Gebärenden. Das entspricht auch der Definition eines Krankenhauses nach §2 Abs. 1 KHG („Krankenhäuser sind Einrichtungen, in denen durch ärztliche oder pflegerische Hilfeleistung Krankheiten [...] gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird“). Diese Perspektive gilt es in allen Teilen des Leistungsspektrums zu berücksichtigen (Basis, Fach, Regel und Maximalversorgung).

Die DGHWi empfiehlt dringend, bei der Erstellung der Transparenz- und Informationsangebote hebammenwissenschaftlich qualifizierte Personen kontinuierlich und systematisch einzubeziehen.

2. Informationsbedarf schwangerer Frauen und ihrer Angehörigen

Übersichtsarbeiten zeigen, dass schwangere Frauen – ausgehend von ihren persönlichen Erwartungen und Überzeugungen – den Wunsch haben, ihre Schwangerschaft und ihre Geburt positiv zu erleben und in einer sicheren Umgebung ein gesundes Neugeborenes zur Welt zu bringen.^{16,17} Schwangere Frauen suchen heute regelmäßig gesundheitsbezogene Informationen im Internet.¹⁸ Vorhandene Informationsquellen zu Kliniken, wie etwa die Webseite www.perinatalzentren.org, bieten bisher nicht – oder nicht vollständig – diejenigen Informationen an, die von den Nutzenden gewünscht werden bzw. sind nicht nutzenden freundlich konzipiert.¹⁹

Der unter anderem vom IQTIG²⁰ beschriebene Umstand, dass schwangere Frauen und ihre Angehörigen sich üblicherweise persönlich bei Informationsveranstaltungen in Kliniken informieren und sich auch in Kliniken zur Geburtsanmeldung vorstellen, zeigt den großen Bedarf nach vertrauenswürdigen und für das Gebären relevanten Informationen direkt aus erster Hand der Kliniken.

Da die bestehenden Regelungen zur Qualitätsberichterstattung offenbar nicht ausreichend sind, um die Öffentlichkeit angemessen über die stationäre Qualität und Leistungserbringung zu informieren (siehe S. 12 des Entwurfes), empfiehlt die DGHWi eine ausführliche Testung der Usability im Vorfeld der Veröffentlichung^{21,22}. Entsprechend müssen die Kostenplanungen für die Umsetzung des Gesetzes angepasst werden. Die angenommen 100.000 Euro für die erstmalige Erstellung des Portals sind dafür zu gering.

3. Stellungnahme im Detail

Im Folgenden wird die DGHWi bei Bedarf Anmerkungen zum Entwurf eines Transparenzgesetzes und seiner Relevanz in der klinischen Geburtshilfe machen mit einem besonderen Fokus auf eine die Physiologie fördernde Versorgung von Neugeborenen und ihren Müttern. Diese Perspektive wird beispielsweise in den Nationalen Gesundheitszielen „Gesundheit rund um die Geburt“²³ oder in der S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin²⁴ beschrieben.

§135d: Transparenz der Krankenhausbehandlung, Abs. 1

Dem IQTIG liegen umfangreiche Daten auf Basis der externen Qualitätssicherung für Geburten vor. Auf dieser Basis sind die oben vorgeschlagenen Krankenhauskennzahlen erfassbar und transparent und einfach darstellbar

Erfolgreiches Stillen wird zurzeit nicht abgebildet, kann aber ergänzt werden.

Die DGHWi empfiehlt den Ausbau der erhobenen Daten innerhalb der externen Qualitätssicherung oder die zusätzliche Erhebung von Daten, wie oben beschrieben. Dazu könnte z.B. der Datensatz Geburtshilfe genutzt werden.

§135d: Transparenz der Krankenhausbehandlung, Abs. 3

Zu den standortbezogenen Informationen müssen auch laienverständliche Informationen enthalten, die es den werdenden Eltern ermöglicht eine Klinik zu wählen, in der die Wahrscheinlichkeit einer physiologischen Geburt höher ist. Das sind vor allem klinikspezifische Daten aus schon bestehenden Qualitätssicherungsverfahren zu:

- Raten vaginaler Geburten nach vorangegangenem Kaiserschnitt bei Frauen, die ein Kind am Termin gebären (Robson 5)
- Raten der Einleitungen differenziert nach Parität der werdenden Mutter (Robson 2, 4, 5)
- Raten an „geplanten“, primären Kaiserschnitten differenziert nach der Parität der werdenden Mutter (Robson 2, 4, 5)
- Raten vaginaler Beckenendlagegeburten differenziert nach Parität der werdenden Mutter (Robson 6, 7)

Zudem sollten Daten die bereits routiniert seit vielen Jahren bei jeder Geburt mit dem Datensatz Geburtshilfe²⁵ erfasst werden transparent dargestellt werden für:

- Dammschnittraten, differenziert nach Parität der werdenden Mutter
- Durchschnittliche Geburtsdauer nach Aufnahme in den Kreißaal, differenziert nach Parität der werdenden Mutter

§135d: Transparenz der Krankenhausbehandlung, Abs. 4

Sowohl die Dauer als auch der Zeitpunkt einer physiologischen Geburt ist nicht vorhersagbar und planbar. Beides unterliegen einer breiten physiologischen Range. Daher sollte Gebären mit den wichtigen Transparenzindikatoren für das Gebären auf allen Versorgungsleveln grundsätzlich möglich sein.

Entsprechende Verlegungskonzept in Level 2 oder 3 Häuser müssen vor Ort in die Versorgung entsprechend integriert werden.

Anlage 2 (zu § 135d) Leistungsgruppen der Krankenhausbehandlung

- Die DGHWi begrüßt, dass die bestehenden perinatalen Leistungsgruppen weiter Anwendung finden. Es sollte die Leistungsgruppe Hebammenkreißaal ergänzt werden.
- Geburtshilfe sollte qualitätsgesichert, wohnortnaher stattfinden können. Versorgungsstrukturen für die Verlegung in höhergradige Leistungsgruppen müssen vor Ort handhabbar und etabliert werden.
- Dabei müssen besonders auch langwierigen Krankenhausaufenthalten, wie Frühgeburtlichkeit berücksichtigt werden. Gerade bei dieser besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppe ist neben der qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung eine körpernahe Betreuung durch die Eltern und durch Muttermilch ein wichtiger Baustein für ein gutes Outcome. Die jeweiligen konkreten familiären Strukturen der Eltern des Frühgeborenen müssen in der Versorgungsplanung berücksichtigt werden, beispielsweise, wenn weitere Kinder versorgt werden müssen.

SGB übergreifende Leistungen, wie die der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) sollten an dieser Stelle besonders im ländlichen Raum mitgedacht werden und könnten an den jeweiligen regionalen öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) interdisziplinär angebunden werden. Auch eine Angliederung dieser Aufgaben an das noch zu gründende Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG) wäre eine konstruktive Lösung.

Art. 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes Abs. 2, Ziffer f

Neben dem ärztlichen Personal sollen auch die Anzahl der beschäftigten Hebammen respektive ihrer Vollzeitäquivalente, differenziert für die ambulante Versorgung in der Schwangerschaft, der stationären Versorgung in Schwangerschaft und Wochenbett sowie für die Kreißsaal transparent dargestellt werden. Diese Angaben sollte aus einen Transparenzverzeichnis klar hervorgehen.

Referenzen

¹ Bayindir E. E, Schreyögg, J. (2023). Public Reporting Of Hospital Quality Measures Has Not Led To Overall Quality Improvement: From Germany. *Health affairs*, 42(4), 566–574.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.00470>

² Cacace M., Geraedts M., Berger E. (2019). Public reporting as a quality strategy. In: Busse, R. Klazinga, Niek, D. Panteli & W. Quentin (Hrsg.), *Health policy series: Bd. 53. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies* (S. 331 ff).

³ Campanella P., Vukovic V., Parente P., Sulejmani A., Ricciardi W. & Specchia M. L. (2016). The impact of Public Reporting on clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC health services research*, 16, 296.

<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1543-y>

⁴ Prang K.-H., Maritz R., Sabanovic H., Dunt D., Kelaher, M. (2021). Mechanisms and impact of public reporting on physicians and hospitals' performance: A systematic review (2000-2020). *PloS one*, 16(2), e0247297.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247297>

⁵ Nijagal MA, Wissig S, Stowell C, Olson E, Amer-Wahlin I, Bonsel G et al. Standardized outcome measures for pregnancy and childbirth, an ICHOM proposal. *BMC Health Serv Res* 2018; 18(1):953. doi: 10.1186/s12913-018-3732-3.

⁶ Chen A, Väyrynen K, Leskelä R-L, Heinonen S, Lillrank P, Tekay A et al. A qualitative study on professionals' attitudes and views towards the introduction of patient reported measures into public maternity care pathway. *BMC Health Serv Res* 2021; 21(1):645. doi: 10.1186/s12913-021-06658-z.

⁷ OECD. RECOMMENDATIONS TO OECD MINISTERS OF HEALTH FROM THE HIGH LEVEL OF HEALTH STATISTICS: Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators; January 2017. Available from: <https://www.oecd.org/health/Recommendations-from-high-level-reflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf>

⁸ Destatis: Genesis-online Ergebnis 12612-0002; <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abruftabelle&levelindex=0&levelid=1692708867554&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12612-0002&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb>; abgerufen: 22.08.2023

⁹ IQTIG (30.06.22): Bundesauswertung Perinatalmedizin: Geburtshilfe, Erfassungsjahr 2021; available from: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2021/pmgebh/DeQS_PM-GEBH_2021_BUAW_V01_2022-06-30.pdf : 61ff

¹⁰ Spindler, Jutta (2020). Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhaus-patienten auf Basis der Daten nach §21 Krankenhausentgeltgesetz. In Klauber J etal (Hg.): Krankenhausreport 2020, Springer: Berlin. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8_21

-
- ¹¹ Destatis: Genesis-online: Krankenhauspatienten: Deutschland, Jahre, Hauptdiagnosen ICD-10 (1-3 Steller Hierarchie) Ergebnis 23131-0001; available from: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=0&step=0&titel=Tabellenaufbau&levelid=1692712457038&acceptscookies=false#abreadcrumb>; abgerufen am 22.08.2023
- ¹² Schmuker C, Polte C, Beydoun G, Günster C: Diagnosehäufigkeit und Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen. In: Günster C. et al (Hrsg.): Versorgungs-Report: Leitlinien - Evidenz für die Praxis. MWV; available from <https://mwv-open.de/site/books/e/10.32745/9783954668007/> :274
- ¹³ NICE. (2021). Postnatal Care (NICE Guideline NG 194). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
- ¹⁴ Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth*;15:251.
- ¹⁵ Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. § 2 Abs. 1: „Im Sinne dieses Gesetzes sind 1. Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“. Abgerufen am 30.05.2021. Available from: https://www.ge-setze-im-internet.de/khg/_2.html
- ¹⁶ Downe S, Finlayson K, Tuncalp Ö, et al. (2015). What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*.
- ¹⁷ Downe S, Finlayson K, Oladapo O, et al. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*;13(4):e0194906.
- ¹⁸ Sayakhot, P. Carolan-Olah M. (2016). Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review." *BMC Pregnancy Childbirth* 16: 65.
- ¹⁹ Grieb B. (2016). Werdende Eltern wünschen sich konkretere Infos über Perinatalzentren. *pädiatrie hautnah*. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s15014-016-0812-x>
- ²⁰ IQTIG (2020). Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal. Zwischenbericht zur Durchführung des Beteiligungsverfahrens nach §137 a Abs. 7 SGB V. Stand: 9. September 2020:86
- ²¹ Bertelsmann Stiftung. (2022). *Qualitätstransparenz braucht einen großen Wurf: 15 Jahre Public Reporting in Deutschland – ein kritisches Resümee* (Weisse Liste). https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Qualitaetsberichterstattung_Studie.pdf
- ²² Neudam A. (2019). Public Reporting und Patienteninformation im Gesundheitswesen. *Public Health Forum*, 27(3), 221–224. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2019-0054>
- ²³ Gesundheitsziele.de. Gesundheit rund um die Geburt. 2017. Abgerufen 27.10.2017, Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf
- ²⁴ Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). *Vaginale Geburt am Termin S3-Leitlinie der LANGFASSUNG* [Internet]. 2020; Available from: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01.pdf
- ²⁵ IQTIG (2023) Dokumentationsbogen, Datensatz Geburtshilfe in der aktuellen Fassung; Available from: https://iqtig.org/downloads/erfassung/2023/v01/161/Ausfuellhinweise_16_1.html abgerufen am 22.08.2023